

# Ihre Krankengeschichte:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich Zeit, vor Ihrem Besuch bei uns einige für uns wichtige Fragen zu beantworten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Größe u. Gewicht: \_\_\_\_\_

## Pneumologisch-internistische Praxis

Innere Medizin | Pneumologie | Sonographie | Röntgen

Dr. med. Marcus Frick  
Dr. med. Johannes Rogge



Nobelstrasse 51  
18059 Rostock

☎ +49 381 44 86 35 📠 +49 381 44 86 36

✉ webmaster@pulmologie-rostock.de

🌐 www.pulmologie-rostock.de

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Fachärzte: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Haben Sie geraucht oder rauchen Sie?

Nie  Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Wieviel? \_\_\_\_\_

### Haben Sie Haustiere? Welche?

Keine  Welche? \_\_\_\_\_

### Haben Sie Allergien?

Keine  Welche? \_\_\_\_\_

### Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen / Stäuben?

Nein  Welche? \_\_\_\_\_

### Wurde die Lunge geröntgt? Gibt es ein CT der Lunge?

Nein  Wo und Wann wurde dieses gemacht? \_\_\_\_\_

### Aktuelle Beschwerden:

Luftnot  Bei Belastung  In Ruhe  Nachts

Husten  Bei Belastung  In Ruhe  Nachts

Auswurf  Farbe: \_\_\_\_\_

Sodbrennen  Im Liegen

Schnupfen

Fieber

Weiteres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Medikamente:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## Vorerkrankungen?

COPD	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Asthma	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Andere Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____

### Wichtig:

Die im Wartezimmer ausliegenden oder zum Download zu Verfügung stehenden Datenschutzbestimmungen habe ich gelesen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn Sie dem zugestimmt und dies im Rahmen der Behandlung notwendig ist.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, die Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern, Labore, Apotheken und privatärztliche Verrechnungstellen.

Einwilligung zur Datenübermittlung:

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift

Wir bitten Sie Terminänderungen oder Absagen so früh wie möglich, spätestens jedoch 24h vor dem vereinbarten Termin vorzunehmen.